वैद्यकीय खर्चाच्या प्रतिपूर्तीसाठी शासनाकडे
प्रस्ताव पाठविताना घ्यावयाची काळजी व
आवश्यक कागदपत्रे........

महाराष्ट्र शासन
गृह विभाग

शासन परिपत्रक : आरएमई १००९/ प्र.क्र.८६३/पोल-५ब
मंत्रालय, मुंबई-४०००३२, दिनांक : 22 ऑक्टोबर, २००९.

<u>शासन परिपत्रक</u> :- शासननिर्णय सार्वजनिक आरोग्य विभाग, दि.१९.३.२००५ नुसार रु.४०,०००/- वरील देय रक्कमेच्या वैद्यकीय खर्चाच्या प्रतिपूर्तीसंदर्भातील प्रस्तावांना शासनाच्या मंजूरीची आवश्यकता असते. पोलीस घटक कार्यालयांकडून अधिकारी/ कर्मचा-यांच्या वैद्यकीय खर्चाच्या प्रतिपूर्तीच्या मंजूरीसाठी असे प्रस्ताव शासनाकडे सादर केले जातात. पोलीस घटक कार्यालयांकडून असे प्रस्ताव पाठविताना बऱ्याचदा सर्व कागदपत्रांची पूर्तता केलेली नसते. तसेच उपचारासंबंधात कारणमिमांसाही व्यवस्थित केलेली नसते त्यामुळे सदर प्रस्तावांना मंजूरी देण्यास विलंब होतो. हा विलंब टाळण्यासाठी व कर्मचा-यास वेळेत वैद्यकीय प्रतिपूर्तीची रक्कम प्राप्त व्हावी यादृष्टीने प्रस्ताव सादर करण्याच्या पध्दतीत एकसूत्रीपणा असणे आवश्यक आहे. तरी सर्व पोलीस घटक कार्यालयांना याद्वारे सूचना देण्यात येत आहेत की, यापुढे या परिपत्रकासोबत जोडलेल्या नमुन्याप्रमाणे तसेच त्याच क्रमाने सर्व कागदपत्रांची पूर्तता करुन वैद्यकीय खर्चाच्या प्रतिपूर्तीचे प्रस्ताव शासनास सादर करण्यात यावेत.

महाराष्ट्राचे राज्यपाल यांच्या आदेशानुसार व नांवाने.

(सुनिल ऐगळीकर)
कक्ष अधिकारी, गृह विभाग, महाराष्ट्र शासन.

प्रति,

१. पोलीस महासंचालक, महाराष्ट्र राज्य, मुंबई (५ प्रती)
२. पोलीस महासंचालक, लाचलुचपत प्रतिबंधक विभाग (५ प्रती)
३. पोलीस महासंचालक (अभियान), महाराष्ट्र राज्य, मुंबई.
४. अपर पोलीस महासंचालक, राज्य राखीव पोलीस बल (५ प्रती)
५. अपर पोलीस महासंचालक, रेल्वे
६. आयुक्त, राज्य गुप्तवार्ता विभाग (५ प्रती)
७. विशेष पोलीस महानिरीक्षक (सर्व परिक्षेत्रे) (प्रत्येकी ७ प्रती)
८. विशेष पोलीस महानिरीक्षक, दहशतवाद विरोधी पथक
९. पोलीस आयुक्त, बृहन्मुंबई (५५ प्रती)
१०. सर्व पोलीस आयुक्त (रेल्वेसह) (प्रत्येकी ५ प्रती).
११. सर्व पोलीस अधीक्षक (रेल्वेसह) (प्रत्येकी ५ प्रती)
१२. सर्व समादेशक, राज्य राखीव पोलीस बल गट (प्रत्येकी ५ प्रती)
१३. निवडनस्ती
१४. संग्रहार्थ नस्ती

वैद्यकिय खर्चाच्या प्रतिपुर्ती प्रस्तावासोबत सादर करावयाच्या कागदपत्रांचा नमुना संच

तपासणी सूची

गृह विभाग / पोल-५ ब

शासन निर्णय, सार्वजनिक आरोग्य विभाग क्र.एमएजी २००५/९/प्र.क्र१/आरोग्य-३, दि.१९.३.२००५ नुसार वैद्यकीय खर्चाच्या प्रतिपूर्तीसाठी सादर करावयाच्या कागदपत्रांची तपासणी सूची.

अ.क्र.	सादर करावयाचे प्रमाणपत्र/ कागदपत्र/ अर्ज	अभिप्राय	पृ.क्र.
१	वैद्यकीय खर्चाच्या प्रतिपूर्तीची परिगणना. (शासनमान्य रुग्णालयातील उपचार असल्यास त्याप्रमाणे परिगणना करावी.) ना-देय खर्चाचा तपशिल स्वतंत्रपणे दर्शवून तो औषधोपचाराच्या खर्चामधून वजा करुन त्याप्रमाणे परिगणना करावी.		
२	तपशीलवार लेखाशीर्षाचे नांव नमुद करावे.		
३	शासकीय कर्मचाऱ्याचा वैद्यकीय प्रतिपूर्तीसाठीचा अर्ज. (दिनांकासह) (कार्यालयाने विहित मुदतीत मागणी केल्याचे प्रमाणित करणे आवश्यक)		
४	सर ज.जी.समुह रुग्णालये, मुंबई/ ससुन सर्वोपचार रुग्णालय, पुणे/ जिल्हा शल्य चिकित्सकांचे प्रमाणपत्र, आजाराचे नाव व शासन निर्णय दि.१९.३.२००५ मधील आजाराचा क्रमांक. (प्रमाणपत्रावर डॉक्टरांचे नांव, सही व शिक्का असणे आवश्यक राहील.)		
५	परिशिष्ट १		
६	परिशिष्ट ब		
७	नमुना "क" (रुग्णालयाच्या डॉक्टरांचे नांव व रुग्णालयाचा नोंदणी क्रमांक असणे आवश्यक)		
८	नमुना "ड" (रुग्णालयाच्या डॉक्टरांचे नांव व रुग्णालयाचा नोंदणी क्रमांक असणे आवश्यक)		
९	उपचारांची तातडी असल्याबाबतचे रुग्णालयाचे प्रमाणपत्र (रुग्णालयाच्या डॉक्टरांचे नांव व रुग्णालयाचा नोंदणी क्रमांक असणे आवश्यक)		
१०	औषधांमध्ये मद्यार्क/अल्कोहोल/टॉनिक अथवा अन्न घटक नसल्याबाबतचे रुग्णालयाचे प्रमाणपत्र. (रुग्णालयाच्या डॉक्टरांचे नांव व रुग्णालयाचा नोंदणी क्रमांक असणे आवश्यक)		
११	आवश्यक साधने व उपकरणे नवी वापरली असल्याबाबत व त्याचा पुनर्वापर होणार नसल्याचे रुग्णालयाचे प्रमाणपत्र.(आवश्यकतेप्रमाणे नर्सिंगबाबत रुग्णालयातील डॉक्टरांचे प्रमाणपत्र) (रुग्णालयाच्या डॉक्टरांचे नांव व रुग्णालयाचा नोंदणी क्रमांक असणे आवश्यक)		
१२	रुग्णालयातील वास्तव्याबाबतचे प्रमाणपत्र. (रुग्णालयाच्या डॉक्टरांचे नांव व रुग्णालयाचा नोंदणी क्रमांक असणे आवश्यक)		
१३	कुटुंब मर्यादा प्रमाणपत्र (कार्यालय प्रमुखाने स्वाक्षांकित केलेले)		
१४	आवश्यकतेप्रमाणे कुटुंबनियोजन शस्त्रक्रिया प्रमाणपत्र (कार्यालय प्रमुखाने स्वाक्षांकित केलेले)		
१५	अवलंबिता प्रमाणपत्र रुग्ण व्यक्ती व वैवाहिक जोडीदार यांचे शासकीय/निमशासकीय कार्यालयात नोकरीस असल्यास (कार्यालय प्रमुखाने स्वाक्षांकित केलेले)		

१६	आवश्यकतेप्रमाणे पती/पत्नी/रुग्ण यांनी वैद्यकीय खर्चाच्या प्रतिपूर्तीचा दावा केला नसल्याचे प्रमाणपत्र (कार्यालय प्रमुखाने स्वाक्षांकित केलेले)		
१७	आवश्यकतेप्रमाणे कुटुंब म्हणून सासू-सासरे अथवा आई-वडिल यांची निवड केल्याचे प्रमाणपत्र (कार्यालय प्रमुखाने स्वाक्षांकित केलेले)		
१८	मधुमेही रुग्णाबाबत परिशिष्ट ६ मधील प्रमाणपत्र (सक्षम वैद्यकीय अधिकाऱ्याने स्वाक्षांकित केलेले)		
१९	रुग्ण सेवानिवृत्त असल्यास आवश्यकतेप्रमाणे सेवानिवृत्ती वेतन प्रमाणपत्र. (कार्यालय प्रमुखाने स्वाक्षांकित केलेले)		
२०	अर्जदाराने महाराष्ट्र पोलीस कुटुंब आरोग्य योजनेचा लाभ घेतला असला/ नसल्याबाबतचे प्रमाणपत्र. (कार्यालय प्रमुखाने स्वाक्षांकित केलेले)		
२१	आवश्यकतेप्रमाणे प्रसुतीसंदर्भात विहित मुदतीत शासकीय रुग्णालयात नाव नोंदविल्याचे प्रमाणपत्र. (कार्यालय प्रमुखाने स्वाक्षांकित केलेले)		
२२	आवश्यकतेप्रमाणे मोटार अपघात दाव्यासंदर्भात नुकसान भरपाईची रक्कम मिळाल्यास त्यातून वैद्यकीय खर्चाची प्रतिपूर्ती भरुन देण्याचे हमीपत्र. (कार्यालय प्रमुखाने स्वाक्षांकित केलेले)		
२३	रुग्ण व्यक्तीला अपघात झाला असल्यास प्रथम खबरी अहवालाची प्रत (कार्यालय प्रमुखाने स्वाक्षांकित केलेले)		
२४	अर्जदाराचे वेतन प्रमाणपत्र (कार्यालय प्रमुखाने स्वाक्षांकित केलेले)		
२५	उपचार घेतलेले रुग्णालय शासन मान्य असल्यास त्याबाबतच्या शासन निर्णयाची प्रत.		
२६	उपचार शासकीय रुग्णालयात घेतले असल्यास तसे प्रमाणपत्र.		
२७	रुग्णालयातून रुग्णास सोडल्याचे प्रमाणपत्र (Discharge Certificate)		
२८	औषधांची यादी		
२९	रुग्णालयाने/ डॉक्टरांनी सूचविलेल्या औषधांची / चाचण्यांची कागदपत्रे, अहवाल व पावत्या (A४ साईजच्या कागदांवर व्यवस्थीत चिकटवून)		
३०	खरेदी केलेल्या औषधांसंबंधीच्या पावत्या (A४ साईजच्या कागदांवर व्यवस्थीत चिकटवून)		

स्वाक्षरी

(नाव)

पदनाम:

कार्यालय:

*टिप:- अभिप्राय या रकान्यात संबंधित माहिती नमूद करावी. प्रमाणपत्र/कागदपत्र सोबत जोडली असल्यास "सोबत जोडले आहे" किंवा लागू नसल्यास "लागू नाही" असे अभिप्राय नमूद करावेत.

वैद्यकीय खर्चाची परिगणना.
(संदर्भ - सार्वजनिक आरोग्य विभाग, मंत्रालय, मुंबई शासन निर्णय क्रमांक-एमएजी/ २००५/९/प्र.क्र.१/आरोग्य ३, दिनांक १९.३.२००५ प्रमाणे)

कर्मचाऱ्याचे नाव	
रुग्णाचे नाव	
रुग्णालयातील वास्तव्याचा काळ	
रुग्णालयाचे नाव	
आजाराचे नाव	

अ.क्र.	तपशिल	एकूण खर्च
१	२	३
१	**एकूण खर्च**	
२	**नादेय खर्च**	
३	**प्रत्यक्ष खर्च (१-२)**	
४	**प्रत्यक्ष खर्चापैकी वास्तव्याचा खर्च (Bed Charges)**	
५	**प्रत्यक्ष खर्चापैकी औषधोपचाराचा खर्च (३-४)**	
६	**औषधोपचारासाठी अनुज्ञेय खर्चाचे प्रमाण (औषधोपचारावरील प्रत्यक्ष खर्चापैकी प्रतिपूर्तीचे प्रमाण (९०%) (शासनमान्य रुग्णालयातील औषधोपचाराच्या खर्चाची १००% प्रतिपूर्ती)**	
७	**रुग्णालयात वास्तव्याचे दिवस**	
८	**वास्तव्यासाठी केलेला खर्च**	
९	**रुग्णालयातील वास्तव्यासाठी अनुज्ञेय खर्चाचे प्रमाण -**	
१०	**एकूण देय खर्च (६+९)**	

अ. क्र.	**वास्तव्याचा प्रकार**	**प्रत्यक्ष खर्च**	**अनुज्ञेय रक्कम**	**देय रक्कम**
१	जनरल वॉर्ड (सर्वसामान्य कक्ष)		९५ %	
२	जनरल वॉर्डच्या (सर्व सामान्य कक्षाच्या) बाजूचा बाथरुम नसलेला कक्ष		९० %	
३	बाथरुमसह स्वतंत्र कक्ष		७५ %	
४	बाथरुमसह डबलबेड कक्ष		७५ %	
५	बाथरुमसह वातानुकूलीत कक्ष (विमान प्रवास सवलत अनुज्ञेय असलेल्या कर्मचाऱ्यांसाठी)		७५ %	
६	अतिदक्षता कक्ष		१०० %	
			वास्तव्यापोटी एकूण देय रक्कम	

स्वाक्षरी
(नाव)
पदनामः
कार्यालयः

अर्जदाराचे नाव:-

दिनांक:

प्रति,

विषय: वैद्यकीय खर्चाच्या देयकाबाबत......

महोदय,

मी, ...

....

.... येथे सध्या कार्यरत आहे.

मी / माझे नातेवाईक ....

.... हिस/

हयास दिनांक ते दि. पर्यंत दवाखान्यात दाखल केले होते. सदर बाबतचे वैद्यकीय देयक खर्चासाठी आपल्याकडे सादर करीत आहे. तरी सदरचे वैद्यकीय देयक पारित होणेस नम्र विनंती.

आपला विश्वासू,

( )

अर्जदाराचे नाव व स्वाक्षरी

पदनाम

कार्यालयाचे नाव:

परिशिष्ट एक

केंद्र / राज्य शासकिय कर्मचारी आणि त्यांचे कुटुंबिय यांची वैद्यकिय देखभाल आणि / किंवा उपचार यांच्या संबंधात करण्यात आलेल्या वैद्यकिय खर्चाच्या परताव्याची मागणी करण्याकरीता करावयाच्या अर्जाचा नमुना.

टिप :— प्रत्येक रुग्णाकरिता स्वतंत्र नमूना वापरावा

---

१. शासकिय कर्मचाऱ्याचे नाव व पदनाम. (ठळक अक्षरात)

२. कर्मचारी ज्या कार्यालयात नोकरीस आहे त्या कार्यालयाचे नाव.

३. वित्तिय नियमांमध्ये व्याख्या केल्यप्रमाणे शासकिय कर्मचाऱ्याचे वेतन आणि इतर वित्तलब्धी स्वतंत्रपणे दर्शविण्यात याव्यात .

४. कामाचे ठिकाण.

५. प्रत्यक्ष निवासस्थानाचा पत्ता.

६. रुग्णाचे नाव आणि शासकिय कर्मचाऱ्याशी त्याचे /तिचे नाव.
टिप :— मुलाच्या बाबतीत
वयसुध्दा नमुद
करावे.

७. ज्या ठिकाणी रुग्ण आजारी झाला असेल ते ठिकाण.

८. आजाराचे स्वरुप व कालावधी.

९. मागणी केलेल्या रकमेचा तपशील, वैद्यकिय अधिकारी देखभाल.

(एक) रोग लक्षणासाठी सल्ला देण्याची फी द्यावी.

(अ) ज्या वै़द्यकीय अधिकाऱ्याचा सल्ला घेतला असेल त्याचे नाव, पदनाम आणि ज्या रुग्णालयाशी किंवा दवाखान्याशी तो संबंधित असेल तर रुग्णालयाचे दवाखान्याचे नाव.

(ब) किती वेळा सल्ला घेण्यात आला ती संख्या आणि त्यांच्या तारखा आणि प्रत्येक सल्ल्यासाठी दिलेली फी.

(क) रुग्णालयाच्या वैद्यकीय अधिकाऱ्यांच्या रोगचिकित्सा कक्षात (कंसल्टिंग रुम) सल्ला घेण्यात आला ते नमूद करावे.

(दोन) रोग निदान करताना करण्यात आलेला त्या विकृती विकित्सा विषयक अणुजीव शास्त्रीय, क्ष—किरण शास्त्रीय किंवा इतर तत्सम चाचण्यांसाठी नाकारण्यात आलेली फी, त्यामध्ये पुढील गोष्टी नमूद कराव्यात.

(अ) ज्या रुग्णालयात किंवा प्रयोगशाळेत चाचण्या घेण्यात आल्या होत्या त्या रुग्णालयाचे किंवा प्रयोगशाळेचे नाव.

(ब) प्राधिकृत वैद्यकिय देखभाल अधिकाऱ्याच्या सल्ल्याने चाचणी घेण्यात आली होती किंवा घेण्यात आली असेल तर तशा अर्थाचे प्रमाणपत्र सोबत जोडावे.

(तीन) बाजारातून खरेदी केलेल्या औषधांचा खर्च (औषधांची) सूची व रोखीच्या पावत्या जोडण्यात याव्यात, विशेषतज्ञाला किंवा प्राधिकृत वैद्यकिस अधिकाऱ्यांव्यतिरीक्त एखाद्या अन्य वैद्यकिय अधिकाऱ्याला देण्यात आलेली फी, त्यामध्ये पुढील गोष्टी दर्शविण्यात याव्यात.

(अ) ज्याचा सल्ला घेण्यात आला असेल त्या विशेषकाचे किंवा वैद्यकिय अधिकाऱ्याचे नाव व पदनाम व तो ज्य रुग्णालयाशी संलग्न असेल त्या रुग्णालयाचे नाव.

(ब) किती वेळा सल्ल घेण्यात आला ती संख्या व जेव्हा सल्ला घेण्यात आल ती तारीख व प्रत्येक सल्ल्यासाठी आकारण्यात आलेली फी.

(क) सल्ला रुग्णालयात किंवा विशेषकाच्या किंवा वैद्यकिय अधिकाऱ्यांच्या रोगचिकित्सा कक्षात (कंसल्टिंग रुम) किंवा रुग्णाच्या निवासस्थानी घेण्यात आला होता किंवा कसे ?

(ड) त्या प्रांताच्या मुख्य प्रशासकिय वैद्यकिय अधिकाऱ्यांच्या पूर्वमान्यतेने व सल्ल्याने विशेषज्ञाचा किंवा वैद्यकिय अधिकारऱ्यांचा सल्ला घेण्यात आला असेल तर तशा अर्थाचे प्रमापणत्र

१०. मागणी केलेली एकूण रक्कम.

११. सहपत्रांची यादी.

१२. कुटुंबातील व्यक्तींची सख्या म्हणजेच १६ ऑगस्ट, १९६८ रोजी आणि त्यानंतर जिवंत असलेली मुले (नाव व जन्मतारखा नमुद कराव्यात. तीन किंवा तीनपेक्षा अधिक मुले असल्यास संतती नियमन प्रमाणपत्र जोडावे.)

शासकीय कर्मचाऱ्याने सही करुन द्यावयाचे प्रमाणपत्र.

मी याद्वारे जाहिर करतो / करते की, या अर्जामध्ये केलेली निवेदन माझ्या संपूर्ण माहितीप्रमाणे व विश्वासाप्रमाणे खरी असून त्या व्यक्तीवर वैद्यकीय खर्च करण्यात आला ती व्यक्ती पूर्णपणे माझ्यावर अवलंबून आहे.

शासकीय कर्मचाऱ्याची सही, कर्मचारी ज्या कार्यालयाशी संबंधित आहे त्या कार्यालयाचे नाव.

परिशिष्ट तीन

प्रमाणपत्र 'ब'

.... येथे नोकरीस असलेल्या व श्री./श्रीमती .... यांची पत्नी/यांचा मुलगा/यांची मुलगी/यांचे वडील/यांची आई असलेल्या श्री.श्रीमती/कुमार/कुमारी .... यांना पुढील प्रमाणे प्रमाणपत्र देण्यात येत आहे.

प्रमाणपत्र 'ब'

(उपचाराकरिता रूग्णालयात दाखल करण्यात आलेल्या रूग्णांच्या बाबतीत द्यावयाचे)

(रूग्णालयातील त्या प्रकरणांच्या प्रभारी वैद्यकीय अधिकाऱ्याने यावर स्वाक्षरी करावी.)

मी,डॉक्टर ...., याद्वारे असे प्रमाणित करतो की—

(अ) हया रूग्णास माझ्या/डॉ .... (वैद्यकीय अधिकाऱ्याचे नाव व पदनाम) यांच्या सल्ल्यावरून रूग्णालयात दाखल करण्यात आले होते.

(ब) हा रूग्ण .... येथे उपचार घेत असून रूग्णास बरे वाटरण्याकरिता/त्याची स्थिती अधिक खालवू नये याकरिता याबाबतीत मी लिहून दिलेली, खाली उल्लेखिलेली औषधे अत्यावश्यक होती. विहित केलेली औषधे ही या प्रमाणपत्रासोबत जोडलेल्या जोडपत्र एक/जोडपत्रे दोन/जोडपत्र तीनच्या शा.नि.क्र.एमएएस — १०६८ / ६०५११ /(ए)/पी, दि.११ फेब्रुवारी १९७१ क्र.एमएजी—१०७२—६००७२/एस. दि.२९ एप्रिल, १९७२ व शा.नि.क्र.एमएजी—१०७२—६००७२—एस, दि.२४ सप्टेंबर १९७३ मध्ये औषधांच्या प्रवर्गात समाविष्ट करण्यात आली असून रूग्णांना पुरवठा करण्याकरिता .... (रूग्णालयाचे नाव) या रूग्णालयातील साठयात ही औषधे उपलब्ध नाहीत व यामध्ये,

.....२.......

ज्यांच्याकरता समान उपचारशास्त्रीय मूल्य असणारे (रोगनिवारण करण्याची तितकीच क्षमता असणारे) अधिक स्वस्त पदार्थ उपलब्ध आहेत, अशा दुकानातच तयार करून मिळणाऱ्या औषधाचा तसेच मूलतः अन्नपदार्थ, शक्तिवर्धक किंवा जंतूनाशक यांचा समावेश होत नाही.

अनुक्रमांक	औषधाचे/उपयंत्राचे नाव व त्यांचा प्रवर्ग क्रमांक	दररोज प्रमाण	एकूण आवश्यक असलेले प्रमाण.
१.	२.	३.	४.

१. ....

२. ....

३. ....

४. ....

५. ....

(क) रूग्णास .... हा आजार असून/होता व .... पासून .... पर्यत मी त्याचावर/तिच्यावर उपचार करीत आहे./होतो.

(ड) क्ष—किरण चाचण्या, प्रयोग शाळा, चाचण्या इत्यादी करिता रू. .... (इतका खर्च करण्यात आला व तो करणे आवश्क होते व माझ्या सल्ल्यावरून . ... (रूग्णालय किंवा प्रयोगशाळेचे नाव) येथे या चाचण्या करण्यात आल्या.

ठिकाण ....

दिनाक ....

रूग्णालयातील या प्रकरणातील प्रभारी
अधिकाऱ्याचे नाव, स्वाक्षरी व पदनाम
आणि रूग्णालयाचे नाव व शिक्का.

परिशिष्ट चार

प्रमाणपत्र ‘क’

याद्वारे असे प्रमाणित करण्यात येते की:—

.... येथे .... या पदावर नोकरीस असलेल्या व .... या पत्यावर राहणाऱ्या श्री./श्रीमती .... यांची/यांचा, पत्नी/पती/मुलगा/मुलगी/वडील/आई/भाऊ/बहीण श्री./श्रीमती. .... यांच्यावर /हिच्यावर दिनांक .... पासून .... पर्यत तातडीने उपचार करण्याची गरज असलेला रूग्ण म्हणून .... यांनी पुढील उपचार केले होते:—

पुढील तक्रारीकरिता.	....
	....
	....
दिसून आलेले प्रमुख लक्षण	....
	....
	....
आवश्यक ती तातडीची तपासणी व तिचे निष्कर्ष	....
	....
	....
रोगनिदान	....
	....

उपचाराकरिता झालेला एकूण खर्च (जोडपत्र ‘ड’) .... इतका होता, व त्याचा तपशील नमुना ‘ड’ मध्ये देण्यात आला आहे. याद्वारे असे प्रमाणित करण्यात येते की, तातडीच्या उपचारानंतर रूग्णाला पुढील उपचाराकरिता प्राधिकृत वैद्यकीय देखभाल अधिकाऱ्यास भेटण्याचा सल्ला देण्यात आला होता.

दिनांक	स्वाक्षरी ....
	डॉक्टरांचे नाव ....
ठिकाण	नोंदणी क्रमांक ....
	रूग्णालयाचे नाव ....

परिशिष्ट पाच

प्रमाणपत्र ‘ड’

खाजगी रूग्णालयातील तातडीचे उपचार करण्यात आलेल्या शासकीय कर्मचाऱ्याकरिता करण्यात आलेल्या खर्चाचे (तपशीलवार) प्रमाणपत्र.

(उपचार करणाऱ्या डॉक्टरने भरावयाचे व जोडपत्रक ‘क’ ला जोडावयाचे)

रूग्णाचे नाव :

रूग्णालयात दाखल केल्याची तारीख :

रूग्णालयातून घरी पाठवल्याची तारीख :

रूग्णालयाचा नोंदणी क्रमांक :

अ) १) सल्ला

२) दररोज रू. ....या दराने दिनाकं .... पासून .... पर्यत एकूण ....दिवसाचा रूग्णालयात ठेवल्याचा खर्च.

३) शस्त्रक्रियेवरील खर्च.

४) शस्त्रक्रियागारात केलेला खर्च.

५) बधिरीकरणावरील खर्च.

६) दिलेल्या भेटी (व्हिजिटस)

अ) प्रत्येक भेटीसाठी (व्हिजिट) रू................. :
या प्रमाण नेहमीच्या भेटींची संख्या

.....२......

ब) प्रत्येक भेटीसाठी (व्हिजिट) रू.................. :

प्रमाने विशेष भेटीसाठी रूग्णाला ....

या डॉक्टरांकडे जितक्या वेळा पाठवले ती संख्या.

डॉक्टर .... यांच्याकडे :

दर भेटीसाठी (व्हिजिटला) रू. ....

या दराने जितक्या वेळा पाठवले ती संख्या.

डॉक्टर .... यांच्याकडे

दर भेटीसाठी (व्हीजिटला) रू. ....

या दराने, जितक्या वेळा पाठवले ती संख्या.

७) दररोज रूपये .... या दराने ....

दिवस इन्क्युबेटरचा वापर केला.

८) प्रतिदिनी रूपये .... या दराने ....:

९) तपासण्या अ) विकृतिचिकित्सा (पॅथॉलॉजी)

प्रयोंगशाळा.

ब) क्ष—किरण छायाचित्रे

क) प्रत्येक छतसंद विद्युतलेखासाठी :

(ईसीजी) रूपये ....

प्रमाणे छत्स्पंद विद्युतलेखाचा खर्च

ड) इतर

ब) औषधे

अनुक्रमांक	**औषधाचे नाव**	**औषधाची किंमत. (रूपये पैसे)**
	....	
	....	

एकूण

एकूण बेरीज (अ + ब)

....

प्रमाणपत्र

असे प्रमाणित करण्यात येते की, ...

.... हे गंभिररित्या आजारी असल्या कारणाने त्यांना

अतितात्काळ रित्या रुग्णालयात दाखल करण्यात आले होते.

सही :- ....

डॉक्टरांचे नांव :- ....

शिक्का :- ....

प्रमाणपत्र

असे प्रमाणित करण्यात येते की, ...

.... यांना या रुग्णालयात अतितात्काळ रित्या

दाखल केले असता, त्यांना दिलेल्या औषधांमध्ये मदयार्क अल्कोहोल, टॉनीक अथवा

प्राथमिक अन्न घटक या औषधांचा समावेश केलेला नाही.

सही :- ....

डॉक्टरांचे नांव :- ....

शिक्का :- ....

प्रमाणपत्र

असे प्रमाणित करण्यात येते की, ... यांना या रुग्णालयात अतितात्काळ रित्या दाखल केले असता, त्यांच्या शस्त्रक्रियेकरिता/ उपचाराकरिता अत्यावश्यक असलेली साधने व उपकरणे त्यांच्याकरिता आवश्यक होती व ती त्यांनाच वापरली असून त्यांचा पुन्हा उपयोग केला जात नाही अथवा होतही नाही.

सही :- ....

डॉक्टरांचे नांव :- ....

शिक्का :- ....

वास्तव्य प्रमाणपत्र

श्री. / सौ. ____

यांच्या नाते – कु/ श्री / श्रीमती. / ______________________,

वय वर्षे हयानी दिनांक / /२०० ते दिनांक / /२०० हया

कालावधीत ____

या रुग्णालयात खालील प्रमाणे नमुद केलेल्या कक्षात दाखल असुन औषधोपचार घेतला आहे.

अ.क्र	वार्ड	दर	दिवस	एकूण रुपये
१	जनरल वार्ड (सामान्य कक्ष)			
२	ज्नरल वार्डच्या बाजूला बाथरुम नसलेला कक्ष			
३	बाथरुमसह स्वतंत्र कक्ष			
४	बाथरुमसह डबल बेडचा कक्ष			
५	बाथरुमसह वातानुकूलित कक्ष			
६	अतिदक्षता कक्ष (आय.सी.यु.)			

सही :–

डॉक्टरांचे नाव :–

शिक्का :–

कुटुंब मर्यादा प्रमाणपत्र

श्री./सौ.______________________________ , हुद्दा __________________________

असे प्रमाणित करतो की, कु/ श्री / श्रीमती. /__________________________ , वय वर्षे नाते — ही कोणत्याही केंद्र / राज्य / निम शासकीय अगर जेथे वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्तीच्या सोयी सवलती उपलब्ध आहेत, अशा कोणत्याही प्राधिकरणाच्या सेवेत कार्यरत नाही व पुर्णपणे माझ्यावरच अवलंबून आहेत.

माझ्या कुटुंबात खालील सदस्य असुन ते पुर्णपणे माझेवरच अवलंबुन असुन इतरत्र कोठेही नोकरी करीत नाहीत वा सेवानिवृत्ती वेतन घेत नाहीत .

अ.नु.	कुटुंबातील व्यक्तीचे नाव	जन्मदिनांक	नाते
१.			
२.			
३.			
४.			
५.			
६.			

कर्मच्याऱ्याची सही.

(नाव)

पदनाम

कार्यालय

वरील माहीती मी तपासली असून ती सत्स असल्याबाबत माझी खात्री आहे. कर्यालयात असणा—या अभिलेखाशी तुलना करुन ती योग्य आहे.

कार्यालय प्रमुख

(सही व शिक्का)

अवलंबिता प्रमाणपत्र

(जोडीदारा व्यतिरिक्त इतर पात्र नातेवाईकांसाठी)

मी ____________________________ ,हुद्दा ____________________________

लिहून देतो की, श्री. ________________________________,वय– वर्षे नाते – हे सर्वस्वी माझ्यावरच अवलंबून आहे. ते कोणत्याही शासकीय अथवा निमशासकीय किंवा खाजगी कंपनीत नोकरीस नव्हते व ते कोणत्याही प्रकारे निवृत्ती वेतन घेत नाही तसेच कोणताही वैद्यकीय प्रतिपूर्ती खर्च कोणत्याही प्रकारे घेत नव्हते अथवा घेत नाही .

आपला विश्वासू

(कर्मचाऱ्याचे नाव)

पदनाम
कार्यालय

अवलंबिता प्रमाणपत्र

(जोडीदारासाठी)

मी ____________________________ ,हुद्दा ____________________________

लिहून देतो/देते की, श्रीमती./श्री. ________________________________, वय– वर्षे नाते – पती/पत्नी ही सर्वस्वी माझ्यावरच अवलंबून आहे. ती/ते कोणत्याही शासकीय अथवा निमशासकीय किंवा खाजगी कंपनीत नोकरीस नव्हती व तीस/त्यांस कोणत्याही प्रकारे निवृत्ती वेतन घेत नाही तसेच कोणताही वैद्यकीय प्रतिपूर्ती खर्च कोणत्याही प्रकारे घेत नव्हती/नव्हते अथवा घेत नाही .

आपला विश्वासू

(कर्मचाऱ्याचे नाव)

पदनाम
कार्यालय

प्रतिपूर्तीच्या दाव्याचे प्रमाणपत्र

मी श्री./श्रीमती .... याद्वारे असे कळवितो/ते की, माझी/माझे पत्नी/पती श्री/श्रीमती .... हे .... या कार्यालयात सेवेत असून सदर वैद्यकीय खर्चाच्या प्रतिपूर्तीचा दावा त्यांनी त्यांच्या कार्यालयाकडे केलेला नाही. (सोबत त्या कार्यालयाचे प्रमाणपत्र जोडले आहे.)

सही :- ....

कर्मचाऱ्याचे नांव :- ....

पदनाम व कार्यालय :- ....

प्रमाणपत्र

मी श्री./श्रीमती .... याद्वारे असे कळवितो/ते की, मी माझे कुटुंबिय म्हणून आई व वडील / सासु व सासरे यांची निवड केली आहे.

सही :- ....

कर्मचाऱ्याचे नांव :- ....

पदनाम व कार्यालय :- ....

परिशिष्ट सहा

(केवळ मधुमेह झालेल्या रूग्णांवर उपचार केले असताना द्यावयाचे प्रमाणपत्र)

यादृारे असे प्रमाणित करण्यात येते की,

श्री./श्रीमती/कुमारी ....

(श्री./श्रीमती/कुमारी ....

यांचे/यांची पती/पत्नी/मुलगा/मुलगी/आई/वडील/भाऊ/बहीण)

.... विभागाचे कर्मचारी हे माझ्या वैद्यकीय सल्ला कक्षात/रूग्णालयात मधुमेहाच्या रोगावर उपचार घेत असून दिनांक .... पासून .... पर्यतच्या कालावधीत त्यांच्या रोगांची प्रारंभिक अवस्था असतांना त्यावर उपचार करण्यासाठी

त्यांना “इन्शुलीन” “नादीसन” वगैरे औषधे देण्यात आली होती. उपरोक्त रूग्णाची प्रकृती गंभीर झाल्यामुळे त्यास रूग्णालयात ठेवणे भाग पडले.

त्यांच्या आजाराचे दिनांक .... रोजी निदान झाले.

अधिकृत वैद्यकीय परिचर्या अधिकारी,

(नाव व पदनाम)

ठिकाण:

दिनांक:

रूग्णालय/वैद्यकीय सल्ला कक्ष/यातील
प्रभारी वैद्यकीय अधिकारी,

....

टिप:— प्रत्यक्ष शासकीय कर्मचाऱ्यावरील उपचारांच्याबाबतीत प्रमाणपत्र द्यावयाचे असेल तर कंसातील मजकूर वगळण्यात यावा.

प्रमाणपत्र

मी श्री./श्रीमती .... याद्वारे असे

कळवितो/ते की, मी महाराष्ट्र पोलीस कुटुंब कल्याण आरोग्य योजनेचा लाभ घेतलेला नाही.

सही :- ....

कर्मचाऱ्याचे नांव :- ....

पदनाम व कार्यालय :- ....

हमीपत्र

मी श्री./श्रीमती .... याद्वारे असे कळवितो/ते की, या अपघाताबाबत मी नुकसान भरपाईचा दावा केला असून, तो मंजूर झाल्यास त्यामधून वैद्यकीय खर्चाची प्रतिपूर्तीची रक्कम भरुन देईन.

सही :- ....

कर्मचाऱ्याचे नांव :- ....

पदनाम व कार्यालय :- ....

LIST OF MEDICINE.

Patient Name :

Doctor's Name : **Dr.**

Admit From : **Dt. / /20 to Dt. / /20**

Sr. No.	Bill No. & Date	Medicine	Category	Quantity		Amt.
				Total	Per day	
					Total :-	